**Паспортные данные.**

**Ф. И. О.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст:** 1 год 4 месяца

**Дата и год рождения**: 6.09.2000

**Адрес постоянного места жительства:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата поступления в клинику:** 28.01.2002

**Каким учреждением направлена**: Детская поликлиника №

**Диагноз направившего учреждения:** Острый вторичный пиелонефрит, ПМР.

Клинический диагноз:

**Основной:**Острый вторичный пиелонефрит, активная фаза, рецедивируещее течение на фоне врожденной аномалии развития – двусторонний ПМР II ст. Дизметаболическая нефропатия по типу оксалурии.

Осложнения*:* нет.

**Сопутствующий:** Задержка речевого развития.

 **II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

 Со слов бабушки при поступление больная стала часто мочиться (частота мочеиспускания составляла 17-18 раз в сутки). Моча была мутной, выделялась небольшими порциями. Во время мочеиспусканий девочка становилась капризной, беспокойной. Также бабушка отметила снижение аппетита у ребенка.

На момент курации девочка очень беспокойная, капризна, раздпажительна. Со слов бабушки после проведенной терапии количество мочеиспусканий у ребенка снизилось до 7-9 раз в сутки. Моча прозрачная, соломенного цвета, выделяется небольшими порциями. Во время мочеиспускания больная спокойна.

**III. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

 Ребенок болен с 10 октября 2001 года, когда бабушка впервые заметила повышение частоты мочеиспускания за сутки (17-18 раз). Моча была мутная, выделялась небольшими порциями. В это время у девочки отмечается повышение температуры до 38,3 градусов. Затем присоединился озноб, гиперемия лица, усилилось потоотделение.

К врачу в это время не обратились, т.к. связывали повышение температуры с прорезыванием зубов. С целью снижения температуры давали ребенку детский панадол. 18 октября обратились в детскую поликлинику по месту жительства и были направлены в ДРБ №2 .После проведенного обследования, со слов бабушки, был поставлен диагноз острый вторичный пиелонефрит, ПМР. После двухнедельной терапии состояние девочки улучшилось, и больная была выписана домой. На протяжении 3-х месяцев девочку ничто не беспокоило. 27 января после переохлождения (со слов бабушки долго гуляли на улице) у девочки поднялась температура до 37, 8. Больная стала беспокойна, раздражительна, частота мочеиспускании увеличилась до 17-18 раз в сутки, моча выделялась небольшими порциями, мутная. 28 января обратились в детскую поликлинику №3 и лечащим педиатром больная была направлена в ДРБ №2 на стационарное лечение с диагнозом: Острый вторичный пиелонефрит активная фаза, рецедивируещее течение на фоне врожденной аномалии развития – двусторонний ПМР II ст.

**IV. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

1.АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.

 Ребенок от второй беременности, роды вторые. Первая беременность и роды протекала без осложнений, мальчик родился доношенным, в настоящее время здоров. Вторая беременность протекала с токсикозом первой половины. Мать беспокоила головная боль, тошнота, рвота до 2-х раз в сутки, нарушение аппетита, общее недомогание, сонливость, мышечная слабость.

Медикаментозная терапия анальгетиками. Угрозы выкидыша не было. Питание во время беременности полноценное, курение, злоупотребление алкоголем отрицает.

Роды были в срок (38 нед.), протекали без особенностей. Продолжительность периодов в пределах физиологических норм. Активных врачебных манипуляций во время родов не проводилось.

 Оценка новорожденного по шкале Апгар - 8-9 баллов.

**Заключение о развитии ребенка в антенатальном периоде:** учитывая токсикоз первой половины беременности можно предположить некоторое отклонение развития ребенка от физиологической нормы, так как, у матери имели место симптомы общей интоксикации. Анализируя оценку по шкале Апгар, и благоприятное течение родов мы делаем вывод о незначительности нарушений развития ребенка в антенатальном периоде и об общем его благоприятном состоянии.

2. ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ.

 Ребенок доношенный, масса - 3400 грамм, длинна тела при рождении - 50 см, закричал сразу, асфиксии и желтушности, родовых травм не было.

 Домой выписан на 5-ые сутки, массой 3300 грамм. К груди был приложен на первые сутки. В период новорожденности ребёнок не болел.

**Заключение о развитии ребенка в период новорожденности:**

Ребенок развивался нормально, отклонений от физиологических норм развития ребенка в период новорожденности не было.

3. ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА.

Ребенок находился на естественном вскармливание до 2-х месяцев, в связи с гипогалактией матери, затем переведен на искуственные смеси. В настоящее время ребенок находится на искусственном вскармливании.

Кормление регулярное, ночной перерыв соблюдается.

1.расчет долженствующей массы ребенка.

mд =10+2n= 10+1,4\*2=12,8 кг

mф=12 кг

Разница полученных показателей составляет 6,5%

Расчет суточного объёма пищи объемным методом:

Возраст – 1,4 года. Масса тела - 12 кг.

Суточный объем: 12000/8= 1500 мл.

Расчет суточного объема молока калорийным методом:

100 ккал \* 12 кг = 1200 ккал.

1000 мл молока содержит 700 ккал

х мл молока содержит 1200 ккал

Суточный объем: 1000 мл \* 1200ккал / 700 ккал = 1700 мл .

Но суточный объем не должен превышать 1200 мл

Кормлений - 5.

Разовый объем питания равен 240 мл.

Рацион:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Время | Наименование | Кол-во, мл  |
| 6 час. | молоко цельное | 240 |
| 10 час. | омлеткаша молочнаячай с молокомхлеб с маслом | 501008010 |
| 14 час. | картофельный суп-пюре с зеленым горошкомрыбное суфлекартофельное пюрефруктовый сок | 505050100 |
| 18 час.  | гречневая кашакефирхлеб | 10013010 |
| 22 час.  | молоко цельное | 240 |
| Всего: |  | 1200 |

Физиологические нормы питания при массе ребенка - 12 кг, возрасте – 1 год 4 месяца:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Белки, г  | Жиры,г  | Углеводы,г  | Ккалории  |
| Норма  | 636 | 636 | 2544 | 18480 |
| Рацион  | 633,85 | 637,7 | 2541 | 18430 |

Заключение: Рацион незначительно отличается от физиологических потребностей организм, поэтому можно заключить, что питание ребенка соответсятвует норме.

4.СВЕДЕНИЯ О НЕРВНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА.

Ребенок начал фиксировать взгляд на предметы с 3-ей недели; держать голову с 6-ой недели; улыбается с 2-х месяцев, гуление с 3,5 месяцев, стал узнавать мать с 4-х месяцев; переворвчиваться со спины на живот в 4 мес, долго удерживать в руке мелкие игрушки в 4,4 мес.В 6 месяцев ребенок начал сидеть и вставать, ползать в 7 мес. Пошел в 11 месяцев, в это же время стал повторять отдельные слоги: "ма-ма-ма", "ба-ба-ба".

В настоящее время произносит только отдельные слова "мама", "баба".

Заключение о нервно-психологическом развитии ребенка: учитывая динамику развития психоэмоциональной сферы можно сделать вывод об удовлетворительном уровне развития ребенка.Но наблюдается задержка развития речи.

5. СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ.

 На 5-е сутки ребенку была сделана вакцина БЦЖ. В 3 месяца АКДС, оральная полиомиелитная вакцина, в 4 месяца - АКДС, ОПВ.

Поствакцинальный период протекал без осложнений.

 В 1 год в связи с заболеванием ребенка вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи не проведена.

6. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

 Из перенесенных заболеваний ребенка, бабушка отмечает ОРЗ в 10 мес. и в 1 год .

7. ЖИЛИЩНО-БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ.

 Бытовые условия хорошие: трехкомнатная квартира, второй этаж, центрльное отопление, влажность и температура в помещении соответствуют норме.

8. СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА.

 Отец: Тимошкин Олег Васильевич, 34 года

Мать: Тимошкина Ольга Владимирновна, 29 лет, образованеи высшее, бухгалтер.

Состояние здоровья отца: лечился по поводу простатита 5 лет назад.

Состояние здоровья матери: хронический тонзилит.

Состояние здоровья ближайших родственников: здоровы, кроме папиной мамы – страдает хроническим гломерулонефритом, осложненным ХПН.

Професиональные вредности и вредные привычки отца и матери:

курение, злоупотребление алкоголем, наркоманию отрицают.

**V.ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

Общее состояние ребёнка удовлетворительно. Температура тела 36,7. Положение больной активное. Телосложение правильное, туловище и голова симметрич­ные.

 Рост - 73 см. Масса тела - 12000 гр. Окружность головы - 50 см. Окружность грудной клетки - 53 см. Тип конституции нормостенический. Осанка правильная. Индекс упитанности (Чулицкой): 3 окружности плеча + окружность бедра + окружность голени - длинна тела = 23. Индекс Эрисмана: окружность груди - половина длинны тела = 16,5. При оценке по центильным таблицам физичевкое развитие ребенка соответствуе норме.

*Кожные покровы и видимые слизистые оболочки..*

 Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, влажные. Вы­сыпаний, рубцовых и других изменений нет. Тургор и эласти­чность сохранены. Ногти блестящие, миндалевидной фор­мы. Волосяной покров умеренный, соответствует возрасту. Отмечаются опрелости в области бедренно-паховых складок. Пиодермии, экзематозных изменений кожи нет.

*Подкожно-жировая клетчатка.*

Подкожно-жировой слой умеренно развит. Отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет.

*Лимфатическая система.*

Пальпируются подчелюстные, паховые лимфатические узлы мягко-эластичной консистен­ции, величиной с просяное зерно, подвижные, безболезненные, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой. Кожа над лимфатическими узлами не измене­на.

*Костная система.*

Деформаций, искривлений костей нет. При пальпации и поколачивании позвонков, грудины, ребер болезненности не отмечается. Позвоночник, не искривлён, подвижность не ограниченна. Акромегалии нет. Череп правильной формы. Рахитических четок и браслетов не отмечается.

*Суставная система.*

Суставы обычной формы. Деформаций, припухлостей, болезненности при пальпации не отмечается. Хруста, флю­ктуации, отеков в суставах нет. Активные и пассивные дви­жения в суставах в полном объёме, свободные, безболезненные. Анкилоза, контрактур, ригидности суставов не отмечается.

*Мышечная система.*

Кон­трактур, атрофии мышц конечности не наблюдается, болезненности при пальпации не отмечается.

 ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

 *Осмотр.* Деформаций носа нет. Затруднения носового дыхания, болезненности в области лобных и гайморовых пазух, выраженных дыхательных движений крыльев носа, герпетических высыпаний не отмечается. Голос ясный. ЧД-25 вд./мин, глубина дыха­ния умеренная. Ритм правильный. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. Обе половины груд­ной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания грудной. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

*Пальпаторно:* болезненности не отмечается, ригидность и эластичность грудной клетки в норме, голосовое дрожание в симметричных участках ощущается с одинаковой силой.

*Сравнительная перкуссия:* над правой верхушкой легких и в правой подмышечной области звук более тихий и короткий, чем в левой. Одинаковый перкуторный звук отмечается в первом и втором межреберье по окологрудинной линии справа и слева. В нижних отделах грудной клетки звук громче и звучнее, чем в верхних.

*Топографическая перкуссия:*1) высота стояния верхушки легкого по передней поверхности на 3 см выше ключиц слева и справа, по задней поверхности на уровне 7-го шейного позвонка слева и справа. 2) поля Кренига: ширина правого – 4 см, левого - 4,5 см.

 3) нижние границы лёгких:

 Линии Справа Слева

 Окологрудинная верх. край 6-го верх. край

 ребра 6-го ребра

 Сред.-ключичная ниж. край 6-го ниж. край

 ребра 6-го ребра

 Пер.подмышечная 7-ое ребро 7-ое ребро

 Ср.подмышечная 8-ое ребро 8-ое ребро

 Зад.подмышечная 9-ое ребро 9-оеребро

 Лопаточная 10-ое ребро 10-ое ребро

 Околопозвоночная 11-ое ребро 11-ое ребро

*Аускультация.* Аускультативно дыхание пуэрильное,бронхофония умеренная, выслушивается одинаково в симметричных точках с обеих сторон. Патологического дыхания (жесткого, патологического бронхиального, амфорического, металлического, стенотического, стриодорозного ) и дополнительных дыхательных шумов ( хрипы, крепитация, шум трения плевры ) нет.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

*Осмотр.* Область сердца внешне не изменена. Сердеч­ный горб и воротник Стокса (отек нижней трети шеи и верхней части грудной клетки ) отсутствуют.

Патологической пульсации в области сердца и в над­чревной области нет. Положительного венного пульса не наблюдается.

 *Пальпация сосудов.* На лучевых артериях артериаль­ный пульс симметричен, хорошего напряжения и напол­нения, стенка артерий плотная; ЧП=69 уд/мин.

 *Пальпация сердца.* Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, умеренной силы, положительный, кону­совидный, площадью 1 см. Дрожания и зоны гиперальгезии над областью сердца нет. Сердечного толчка, эпигастральной пульсации, симптома молоточков не наблюда­ется.

*Перкуссия.*

Ортоперкуссия сердца по Курлову.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| межреберье | правый контур | левый контур |
| второе | 1 см от грудины | 1,5 см от грудины |
| третье | 1,5 см от грудины | 3 см от грудины |
| четвертое | 1,5 см от грудины | 5 см от грудины |
| пятое |  | 7 см от грудины |

 Верх.гран. - 3-е ребро по левой окологрудинной линии. Поперечник относительной сердечной тупости - 7,5 см.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая граница - вдоль левого края грудины.

Левая граница - 5-е межреберье на 1,5 -2 см медиальнее срединно-ключичной линии.

Верхняя граница - 3-е ребро по левой окологрудинной линии. Конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка 3,3 см.

*Аускультация.* Тоны сердца несколько приглушены. Акцента, раздвоения, расщепления тонов нет. Щелчок открытия митрального клапана, ритм "галопа", ритм "пе­репела", маятникообразный ритм, эмбриокардия не вы­слушиваются. Сердечных шумов и шума трения перикарда нет. Ритм сердечных сокращений - правильный. ЧСС-69 в минуту.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ.

*Осмотр.* Язык чистый, не обложен. Зев и миндалины не изменены. Живот овальной формы, симметричен, не вздут. Пульсации печени, асимметрии и деформации в области правого и левого подреберий, грыжевых выпячи­ваний не наблюдается. Видимой перистальтики и расши­рения подкожных вен ("головы медузы") нет. Симптом Курвуазье отрицательный.

*Перкуссия.* Над всей поверхностью живота тимпанический звук. Над кишечником более высокий, чем над желудком. Свободной жидкости в брюшной полости не выявляется.

*Пальпация.* 1) ориентировочная поверхностная: брюшная стенка мягкая, податливая, безболезненная. Отечности кожных покровов нет. Грыжевых выпячиваний, узлов, опухолей, локального напряжения мышц брюшной стенки не отмечается. Симптомы Щёткина - Блюмберга (резкое усиление боли при быстром снятии руки с перед­ней брюшной стенки), Менделя (болезненность при поколачивании по подложечной области) отрицательные. Расхождения прямых мышц живота не отмечается.

2) глубокая скользящая (по методу Образцова – Стражеско): сигмовидная кишка пальпируется на границе сред­ней и наружной трети линии, соединяющей пупок с пе­редней верхней остью левой подвздошной кости в виде гладкого, плотноватого безболезненного, не урчащего цилиндра, толщиной 1-2 см. Подвижность сигмовидной кишки 2-3 см.

 Слепая кишка пальпируется на границе средней и на­ружной трети линии, соединяющей пупок и верхнюю переднюю, ость правой подвздошной кости в виде гладкого, безболезненного, слегка урчащего цилиндра, шириной 1,5 см, умеренно упругого, со слабой подвижностью и неболь­шим грушевидным расширением книзу. Подвижность - 2 см. Червеобразный отросток не пальпи­руется.

В правой боковой области пальпируется восходящая часть ободочной кишки в виде гладкого безболезненно­го, слегка урчащего цилиндра, шириной 1 см, умеренно упругого и слабо подвижного. Подвижность -1 см.

В левой боковой области пальпируется нисходящая часть ободочной кишки в виде гладкого, плотного, безбо­лезненного, не урчащего цилиндра шириной 1 см. Под­вижность - 2 см.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2-3 см выше пупка в виде цилиндра умеренной плотности, лег­ко смещающегося вверх и вниз, не урчащего, безболез­ненного, шириной 1 см.

Большая кривизна желудка пальпируется на 3 см вы­ше пупка. Поверхность желудка гладкая, болезненности, утолщения большой кривизны, наличия опухолевидных образований не отмечается. Поджелудочная железа не пальпируется.

*Аускультация.* Выслушивается умеренная кишечная перистальтика. Симптом Склярова отрицательный. Шум трения брюшины не выслушивается.

ГЕПАТО-ЛИЕНАЛЬНАЯ СИСТЕМА.

*Осмотр.* Пульсации печени, асимметрии и деформации в области правого и левого подреберья не наблю­дается.

*Перкуссия.* Размеры селезенки: длинник - 5 см поперечник - 6 см.

*Пальпация.* Поверхность печени гладкая, размеры не увеличены. Симптом Курвуазье отрицательный. При пальпации край печени выступает на 1 см из - под края реберной дуги, мягкий, безболезненный, легко подворачивается. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Захарьина (резкая боль при надавливании на область проекции желчного пузыря), Василенко (резкая боль при поколачивании в области желчного пузыря на высоте вдоха), Образцова-Мерфи (резкая боль при вве­дении кисти рук в область правого подреберья на высо­те вдоха), Ортнера (боль при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге) – отрицательные. Селезёнка не пальпируется.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Щитовидная железа не увеличена, мягкой консистенции, узлы не пальпируются. Тремора рук, век, нарушений роста, акромегалии не наблюдается. Экзо - и эндофтальма нет. Симптомы: Грефе (появление белой полоски склеры между краем века и краем роговой оболочки при движе­нии глазного яблока книзу), Штельвага (редкое мигание), Кохера (обнажение участка склеры между нижним краем верхнего века и верхним краем радужной оболочки при фиксации зрением предмета, перемещаемого вверх), Ме­биуса (отхождение глазного яблока в сторону, при фикса­ции зрением медленно приближающегося предмета) – отрицательные с обеих сторон.

ВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

При осмотре поясничной области изменений не обнаружено. Мочеиспускание до 8-10 раз в сутки. На момент курации моча прозрачная, соломенного цвета.

Пальпаторно: почки не увеличены в размерах, при пальпации болезненны. Симптом покалачивания положительный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно.

НЕЙРОПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА.

Сознание ясное. Настроение беспокойное. Симптомов поражения черепно-мозговых нервов не выявлено. Параличей и парезов нет. Определяется красный дермографизм. Состояние слухового и зрительного аппарата больного соответствует норме. Менингеальных знаков не определяется.

**Предварительный диагноз**:

Основной: острый вторичный пиелонефрит, ПМР.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: задержка речевого развитя

Диагноз выставлен на основании:

Жалоб больной при поступлении: частое мочеиспускание 17-18 раз сутки, болезненность при мочеиспускании, сильно беспокоющую больную, мутная моча, отделяющаяся небольшими порциями.

Анамнеза заболевания: впервые заболела в октябре 2001 года, отмечалась температура 38,3 , общее недомогание, болезненное и частое мочеиспускание 17-18 раз в сутки, моча мутнаяч отделялась небольшими порциями. Больная была направлена на обследование в ДРБ № 2 ,где ей был поставлен диагноз ( со слов бабушки) Острый вторичный пиелонефрит, ПМР. После двухнедельной терапии состояние девочки улучшилось и больная была выписана домой. На протяжении 3-х месяцев девочку ничто не беспокоило. 27 янватя после переохлождения (со слов бабушки долго гуляли на улице) у девочки вновь поднялась температура до 37, 8. Больная стала беспокойна, раздражительна, частота мочеиспусканий увеличилась до 17-18 раз в сутки, моча выделялась небольшими порциями, мутная. 28 янватя обратились в детскую поликлинику №3 и лечащим педиатром больная была направлена в ДРБ №2 на стационарное лечение с диагнозом: Острый вторичный пиелонефрит активная фаза, рецедивируещее течение на фоне врожденной аномалии развития – двусторонний ПМР II ст.

 Анамнеза жизни: отмечается отягощенная наследственность со стороны соче-половой системы по отцовской линии: мать отца страдает хроническим гдомерулонефритом,осложненным ХПН.

 Обьективного обследования: Мочеиспускание до 8-10 раз в сутки. Пальпаторно: почки не увеличены в размерах, при пальпации болезненны. Симптом покалачивания положительный с обеих сторон.

##### Девочка говорит только два слова "баба" и "мама"

**VI.ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Анализ кала на яйца глист.
4. Анализ крови на RW, ВИЧ.
5. Анализ мочи по Зимницкому.
6. Анализ мочи по Нечипоренко.
7. Проба Реберга
8. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование мочи и определение чувствительности флоры к антибиотикам.
9. Мазок на флору уретры и влагалища
10. Экскреторная урография.
11. Уроцитограмма.
12. Цистография
13. УЗИ почек
14. Консультация невропатолога.
15. Консультация логопеда

VII.Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

### 1.Общий анализ крови от 30.01.2002

 Показатели Единицы СИ

 Гемоглобин 144 г/л

 Лейкоциты 6,3\*10^ г/л

 Эозинофилы 4 %

 Базофилы 0 %

 Палочкояд. нейтрофилы 3 %

 Сегментояд. нейтрофилы 48 %

 Лимфоциты 43 %

 Моноциты 5 %

 Эритроциты 4,81\*10^12

 Тромбоциты 200\*10^9

 СОЭ 3 мм/ч.

Заключение: относительная нейтропения и относительный лимфоцитоз.

2.Общий анализ мочи от 30.02.2002.

 Цвет жёлтый

 Прозрачность мутная

 Реакция кислая

 Уд.вес 1017

 Белок следы

 Лейкоциты 12-15 в п./зр.

 Эпителий 1-2 в п./зр.

 Эритроциты 5-6 в п./зр.

 Соли Оксалаты

Заключение: лейкоцитурия, микрогематурия, наличие солей - оксалатов.

3.Общий анализ мочи от 13.02.2002.

 Цвет жёлтый

 Прозрачность прозрачная

 Реакция кислая

 Уд.вес 1008

 Белок отр.

 Лейкоциты 1 - 2 в п./зр.

 Эпителий 1-2 в п./зр.

 Соли Оксалаты

Заключение: оксалаты

4.Анализ крови на RW от 04.02.2002

Результат отрицательный.

#### 5.Анализ крови на ВИЧ от 04.02.2002

Результат отрицательный.

6.Анализ кала на яйца глист от 30.01.2002

Яйца глист не обнаружены.

 Анализ мочи по Нечипоренко от 29.01.2002

 Лейкоциты - 3500,

 Эритроциты - 2500

 Заключение: определяется повышенное количество

 лейкоцитов, эритроцитов.

Анализ мочи по Нечипоренко от 08.02.2002

 Лейкоциты - 3000,

 Эритроциты - 750

 Заключение: определяется повышенное количество лейкоцитов.

Анализ мочи по Нечипоренко от 11.02.2002

 Лейкоциты - 750,

 Эритроциты - 250

 Заключение: показатели в пределах нормы

 Проба Зимницкого 08.02.2002: Количество выпитого за сутки 700мл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Время | Количество мочи | Удельный вес |
| 6-9 | 60 | 1016 |
| 9-12 | 30 | 1014 |
| 12-15 | 60 | 1018 |
| 15-18 | 80 | 1022 |
| 18-21 | 70 | 1018 |
| 21-24 | 90 | 1013 |
| 24-3 | 100 | 1019 |
| 3-6 | 90 | 1011 |
| Всего | 580 |  |

Заключение: полиурия, так как за сутки почками выделено 82,8% выпитой жидкости, никтурия.

Мазок на флору 29.01.2002

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | уретра | влагалище |
| лейкоциты | ед.в поле зрения | 3-4 в поле зрения  |
| эпителий | ед.в поле зрения | 8-5 в поле зрения  |

Флора –кокковая незначительная (стафилоккок,стрептокок)

Проба Реберга от 04.11.2001г.

Клубочковая фильтрация – 100 мл/мин

Реабсорбция –98,5%

Заключение: показатели фильтрации, реабсорбции в пределах физиологической нормы.

Экскреторная урография от 01.11.2001.

Заключение: корковый слой физиологичен, чашечно-лоханочный аппарат без особенностей.Мочеточник контрастирован цистоидами. Ортостатическая функция нарушена.

Цистография от 29.10.2001

Заключение: двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, II-III степень.

# УЗИ почек 1.11.2001

Заключение:патологии со стороны почек не обнаружено.

###### VIII.ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

**Основное заболевание.** Острый вторичный пиелонефрит активная фаза, рецедивируещее течение на фоне врожденной аномалии развития – двусторонний ПМР II ст.Дизметаболическая нефропатия по типу оксалурии.

 **Осложнения основного заболевания.** нет

 **Сопутствующие заболевания.** Задержка речевого развития.

**Дифференциально-диагностический ряд.** На основании полученных субъективных, анамнестических и физикальных данных и динамического наблюдения за больной для подтверждения окончательного диагноза целесообразно исключить следующие заболевания:

1. Туберкулез почек
2. Диффузный гломерулонефрит
3. Острый аппендицит с тазовым расположением отростка
4. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

**Клинический диагноз выставлен на основании**: **Жалоб:** Со слов бабушки больную беспокоили частые мочеиспускания 17-18 раз в сутки . Моча мутная, выделялась небольшими порциями. Во время мочеиспусканий беспокойство больной усиливалось.

Анализируя жалобы, можно предположить предположить о наличие воспалительного процесса, с локализацией в мочевыделительной системе.

**Данных анамнеза заболевания:** Ребенок болен с 10 октября 2001 года, когда бабушка впервые заметила повышение частоты мочеиспускания за сутки (17-18 раз).Моча была мутная, выделялась небольшими порциями. В это время у девочки отмечает повышение температуры до 38,3 градусов. Затем присоединился озноб , гиперемия лица , усилилось потоотделение.

К врачу в это время не обратились, т.к. связывали повышение температуры с прорезыванием зубов. С целью снижения температуры давали ребенку детский панадол. 18 октября обратились в детскую поликлинику по месту жительства и были направлены в ДРБ №2 .После проведенного обследования, со слов бабушки, был поставлен диагноз острый вторичный пиелонефрит, ПМР. После двухнедельной терапии состояние девочки улучшилось и больная была выписана домой. На протяжении 3-х месяцев девочку ничто не беспокоило. 27 янватя после переохлождения (со слов бабушки долго нуляли на улице) у девочки вновь поднялась температура до 37, 8. Больная стала беспокойна, раздражительна, частота мочеиспусканий увеличилась до 17-18 раз в сутки, моча выделялась небольшими порциями, мутная. 28 янватя обратились в детскую поликлинику №3 и лечащим педиатром больная была направлена в ДРБ №2 на стационарное лечение с диагнозом: Острый вторичный пиелонефрит активная фаза, рецедивируещее течение на фоне врожденной аномалии развития – двусторонний ПМР II ст.

 **Данных анамнеза жизни:** Из перенесенных заболеваний ребенка - ОРЗ. Отмечается отягощенная наследственность со стороны моче-половой системы по отцовской линии: мать отца страдает гломерулонефритом, осложненным ХПН.

Возможно ОРВИ сопровождалась поражением интерстициальной ткани почки.

 **Обьективного обследования:** Мочеиспускание до 8-10 раз в сутки. Пальпаторно: почки не увеличены в размерах, при пальпации болезненны. Симптом покалачивания положительный с обеих сторон.

При объективном обследовании определяются симптомы поражения почек.

### Данных лабораторно-инструментальных методов обследования:

### 1.Общий анализ крови от 30.01.2002

Гемоглобин – 144 г/л, лейкоциты –6,3\*10^9 в л,эозинофилы –4%, палоч.нейтрофилы – 3%, сегментояд. нейтрофилы –48%, лимфоциты –43%, моноциты –5%, эритроциты –4,81\*10^12 вл, тромбоциты –200\*10^9, СОЭ-3 мм/ч.

Заключение: относительный лимфоцитоз, что свидетельствует о воспалительном процессе.

2.Общий анализ мочи от 30.02.2002.

 Цвет – жёлтый, мутная, реакция - кислая, Уд.вес - 1017, белок – следы, лейкоциты - 12-15 в п./зр., эпителий - 1-2 в п./зр., эритроциты - 5-6 в п./зр., соли - оксалаты

Заключение: лейкоцитурия, микрогематурия, наличие солей - оксалатов.

 Анализ мочи по Нечипоренко от 29.01.2002

 Лейкоциты - 3500,

 Эритроциты - 2500

 Заключение: определяется повышенное количество

 лейкоцитов, эритроцитов.

Наличие форменных элементов крови в моче в таком количестве свидетельствуют о нарушении функции почек, а преобладание лейкоцитов над эритроцитами, а также отсутствие на этом фоне белка, более характерно для пиелонефрита.

Проба Зимницкого 08.02.2002: Количество выпитого за сутки 700мл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Время | Количество мочи | Удельный вес |
| 6-9 | 60 | 1016 |
| 9-12 | 30 | 1014 |
| 12-15 | 60 | 1018 |
| 15-18 | 80 | 1022 |
| 18-21 | 70 | 1018 |
| 21-24 | 90 | 1013 |
| 24-3 | 100 | 1019 |
| 3-6 | 90 | 1011 |
| Всего | 580 |  |

Заключение: полиурия, так как за сутки почками выделено 82,8% выпитой жидкости, никтурия.

Мазок на флору 29.01.2002

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | уретра | влагалтище |
| лейкоциты | ед.в поле зрения | 3-4 в поле зрения  |
| эпителий | ед.в поле зрения | 8-5 в поле зрения  |

Флора –кокковая незначительная

Цистография от 29.10.2001

Заключение: двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, II-III степень.

## X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 Заболевание нашей больной необходимо дифференцировать с острым гломерулонефритом, туберкулезом почек, вульвовагинитом

1. Для заболевания нашей больной в отличии от острого гломерулонефрита не характерно:
* преобладания гематурии над пиурией в анализах
* выраженная протеинурия
* повышение артериального давления
* выраженные отеки век и нижних конечностей в утренние часы
* изменение иммунологической картины крови

кроме того, для острого гломерулонефрита не характерны следующие проявления, которые есть у нашей больной:

* упорный болевой синдром
* дизурия
1. Для заболевания нашей больной, в отличии от туберкулеза почек не характерно:
* Выявление микобактерии туберкулеза при бактериологическом исследовании мочи
* Положительная проба Коха
* Положительные реакции Манту, Пирке.
* Наличие туберкулезных очагов на рентгенограмме почек
* Преобладание в моче гематурии
1. При дифференцировке диагноза нашей больной и острого аппендицита с тазовым расположением отростка были выявлены следующие отличия:
* Для аппендицита характерно преобладание местных симптомов над общими, для острого пиелонефрита - преобладание симптомов интоксикации (лихорадка, озноб, головная боль).
* Нередко ретроцекально расположенный отросток находится рядом с правым мочеточником, вызывая гематурию, преобладающую над лейкоцитурией в анализах. При пиелонефрите всегда преобладает лейкоцитурия.
* При аппендиците наблюдается защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. При остром пиелонефрите, незначительное напряжение мышц также возможно, но у нашей больной оно не определяется.

## XI. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Режим - палатный.

2. Диета - к суточному рациону добавить 200 мл фруктового сока. Показаны свежие овощи и фрукты

3. Медикаментозная терапия.

1).Этиотропная терапия

 Ввиду того, что пиелонефрит - микробно-воспалительное заболевание, необходимо назначать антибактериальные препараты, к которым чувствительна выделенная флора. Наиболее эффективными считаются препараты группы пенициллина и цефалоспаринов II и III поколений.

А) Ампициллина - натрий.

Rp.: Sol. Ampicillinl - natrii 0,5

 D. t. d. N. 30

 S. содержимое флакона растворить в 2 мл 0,25% раствора новокаина. Вводить в/м по 2 мл 4 раза в день. Курс -7 дней.

(из расчета 50 мг/кг).

После курса антибиотиков с цель дальнейшего воздействия на патогенную флору мочевыводящих путей назначают нитрофурановые препараты.

Б) Фурагин.

Rp.: Tab. Furagini 0,025 N. 50

 D. S. по 1/2 таблетки 3 раза в день. Курс 10 дней.

В связи стем, что у больной есть анатомически дефекты мочевыводящих путей (двусторонний ПМР) следует назначить:

В) Мембраностабилизирующие препараты.

Rp.: Tab.Acidi lipoici 0,006 № 10

D.S. По ¼ таблетки 3 раза в день.

Для восстановления нормальной микрофлоры кишечника после антибактериальной терапии следует назначить лактобактерин.

 Лактобактерин.

Rp.: Lactobacterini

 D. S. по 1 дозе 2 раза в день. Курс - 10 дней.

**Фитотерапия.**

Сбор по Ковалёвой.

1 ст. ложку сбора настаивать в 0,5 л кипятка в течении 30 мин.

Принимать по 30 мл 4 раза в сутки.

**Физиотерапия.**

УВЧ на область мочевого пузыря. 40 Вт. По 10 минут через день.

Курс 10 процедур.

**XII.ДНЕВНИКИ**

12.02.2002

 Ребенок беспокойный, капризный, количество мочеиспусканий до 12 раз в сутки.

 Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно - розовые, влажные. Тургор и элластичность сохранены.

 Дыхание в легких пуирильное, хрипов нет. ЧД = 22 раза в минуту. Шума трения плевры не выслушивается.

 Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 72 ударов в минуту. Дополнительных тонов и патологических шумов в сердце не выслушивается.

 Живот мягкий, не вздут. При пальпации подвздошных областей напряжения мышц нет.

 Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени не увеличены. Поджелудочная железа пальпации не доступна.

 Отмечается усиление беспокойства ребенка при пальпации и поколачивании в поясничной области с обеих сторон. Почки не пальпируются. Диурез учащен. Стул в норме.

15.02.2002

 Со слов бабушки ребенок стал спокойнее, аппетит улучшмлся.

 Общее состояние больной удовлетворительное. Ребенок активен. Кожные покровы и видимые слизистые бледно - розовой окраски, влажные. Отеков нет.

 Дыхание в легких пуирильное, хрипов нет. ЧД = 22 раза в минуту. Шума трения плевры не выслушивается.

 Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 70 ударов в минуту. Дополнительных тонов и патологических шумов в сердце не выслушивается.

 Живот мягкий, не вздут. При пальпации подвздошных областей напряжения мышц нет.

 Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени не увеличены. Поджелудочная железа пальпации не доступна.

 Припухлости в поясничной области нет. Почки не пальпируются. При поколачивании по поясничной области ребенок спокоен. Стул и диурез в норме.

**XIII.ЭТИОПАТОГЕНЕЗ**

 Пиелонефрит - неспецифическое инфекционное заболевание почек, поражающее почечную паренхиму (преимущественно интерстициальную ткань), лоханку и чашечки. Часто бывает двусторонним.

 Наиболее частые возбудители:

Эшерихии, протей, энтеробактерии, клебсиелы, нейсерии, трихомонады, грибы рода кандида, стафилококки, актиномицеты.

 Пути заражения:

 Восходящее инфицирование почки, лоханки и её чашечек из нижних мочевых путей по стенке мочеточника, по его просвету (при наличии ретроградных рефлюксов). У женщин часто - заражение через уретру, особенно при наличии периуретральных колоний вирулентных бактерий. Инфицированию мочи в мочевом пузыре может способствовать цистоскопия или хирургическое вмешательство. Обычно преобладает колибациллярная флора.

 Гематогенное распространение - либо при существовании в организме внепочечного гнойного очага (панариций, фурункул, карбункул, мастит, ангина), либо вскоре после его ликвидации.

 Лимфогенный путь развития инфекции.

 После внедрения возбудителя в почечную ткань происходит поражение коркового вещества, и только после этого гнойная инфильтрация межуточной ткани (апостематозный нефрит).

 Важное значение в развитии пиелонефрита имеют стаз мочи, нарушение венозного и лимфатического оттока из почки.

Особенно легко и часто инфекция проникает вместе с мочой из мочевого пузыря в вышележащие отделы и почки при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса (обратный заброс мочи), представляющего патологическое явление, возникающее в результате недостаточности интрамурального клапанного механизма или пузырно-мочеточникового соустья, сто и наблюдается у наше больной. Может иметь значение нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Наличие рефлюкса, а также иных препятствий к оттоку мочи вследствие врождённых пороков формирования мочевой системы или образовавшихся камней способствует развитию пиелонефрита. Выше препятствия происходит механическая задержка бактерий в моче. Под влиянием микробного разложения мочевины избыточно образующийся аммиак инактивирует IV и другие компоненты комплемента; нарушается местная иммунорезистентность к инфекции. Одновременно развиваются венозный застой и полнокровие, нарушается лимфоотток, повышается внутрипочечное давление. При этом почечный кровоток уменьшается, что способствует более быстрому развитию воспаления и нарушению функции органа.

 Наиболее чувствителен к инфекции мозговой слой почки. Бактерии размножаются там раньше и быстрее, а поэтому воспаление, начинающееся с интерстиция почек, очень быстро переходит на те элементы нефрона, которые там находятся. Повреждение канальцев в зонах воспаления с нарушением их целостности приводит к попаданию микробов и лейкоцитов в мочу. Распространяясь, процесс может захватить и проксимальные канальцы. Постепенно он приводит к гиалинозу и склерозу артериол и мелких артерий интерстиция, а затем к деструкции всего нефрона.

**XIV.ЭПИКРИЗ**

 Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2000 года рождения, находилась на стационарном лечении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в период с 28.01.2002 по 15.02.2002 года с клиническим диагнозом:

**Основное заболевание.** Острый вторичный пиелонефрит активная фаза, рецедивируещее течение на фоне врожденной аномалии развития – двусторонний ПМР II ст. Дизметаболическая нефропатия т. оксалатурии НФ II ст.

**Осложнения основного заболевания.** нет

**Сопутствующие заболевания.** Задержка речевого развития.

При поступлении со слов бабушки больная стала часто мочиться (частота мочеиспускания составляла 17-18 раз в сутки). Моча была мутной, выделялась небольшими порциями. Во время мочеиспусканий девочка становилась капризной, беспокойной. Также бабушка отметила снижение аппетита у ребенка.

Из анамнеза заболевания: Ребенок болен с 10 октября 2001 года, когда бабушка впервые заметила повышение частоты мочеиспускания за сутки (17-18 раз).Моча была мутная, выделялась небольшими порциями. В это время у девочки отмечает повышение температуры до 38,3 градусов. Затем присоединился озноб , гиперемия лица , усилилось потоотделение.

К врачу в это время не обратились, т.к. связывали повышение температуры с прорезыванием зубов. С целью снижения температуры давали ребенку детский панадол. 18 октября обратились в детскую поликлинику по месту жительства и были направлены в ДРБ №2 .После проведенного обследования, со слов бабушки, был поставлен диагноз острый вторичный пиелонефрит, ПМР. После двухнедельной терапии состояние девочки улучшилось и больная была выписана домой. На протяжении 3-х месяцев девочку ничто не беспокоило. 27 янватя после переохлождения (со слов бабушки долго нуляли на улице) у девочки вновь поднялась температура до 37, 8. Больная стала беспокойна, раздражительна, частота мочеиспусканий увеличилась до 17-18 раз в сутки, моча выделялась небольшими порциями, мутная. 28 янватя обратились в детскую поликлинику №3 и лечащим педиатром больная была направлена в ДРБ №2 на стационарное лечение с диагнозом: Острый вторичный пиелонефрит активная фаза, рецедивируещее течение на фоне врожденной аномалии развития – двусторонний ПМР II ст.

Из анамнеза жизни : Ребенок перенес ОРЗ, также отмечается отягощенная наследственность со стороны моче-половой системы по отцовской линии: мать отца страдает ХПН.

Данные объективного обследования:Мочеиспускание до 8-10 раз в сутки. Пальпаторно: почки не увеличены в размерах, при пальпации болезненны. Симптом покалачивания положительный с обеих сторон.

### Данных лабораторно-инструментальных методов обследования:

### 1.Общий анализ крови от 30.01.2002

 Гемоглобин - 144 г/л, лейкоциты - 6,3\*10^ г/л,эозинофилы –4%,

палочкояд. нейтрофилы -3 %, сегментояд. нейтрофилы - 48 %, лимфоциты- 43 %, моноциты - 5 %, эритроциты - 4,81\*10^12, тромбоциты - 200\*10^9, СОЭ - 3 мм/ч.

 Заключение: относительный лимфоцитоз.

2.Общий анализ мочи от 30.02.2002.

 Цвет- жёлтый, мутная, реакция кислая, 1017, белок – следы, лейкоциты 12-15 в поле зрения, эпителий 1-2 в п./зр., эритроциты 5-6 в п./зр., соли оксалаты.

Заключение: лейкоцитурия, микрогематурия, оксалатурия

3.Общий анализ мочи от 13.02.2002.

Цвет – желтый, прозрачная, реакция кислая, 1008, белок отсутсвует, лейкоциты 1-2 в п./зр., эпителий 1-2 в п./зр., оксалаты.

Заключение: оксалатурия

 Анализ мочи по Нечипоренко от 29.01.2002

 Лейкоциты - 3500, эритроциты - 2500

 Заключение: определяется повышенное количество

 лейкоцитов, эритроцитов.

 Анализ мочи по Нечипоренко от 08.02.2002

 Лейкоциты - 3000, эритроциты - 750

 Заключение: определяется повышение лейкоцитов и снижение эритроцитов.

Проба Зимницкого 08.02.2002: Количество выпитого за сутки 700мл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Время | Количество мочи | Удельный вес |
| 6-9 | 60 | 1016 |
| 9-12 | 30 | 1014 |
| 12-15 | 60 | 1018 |
| 15-18 | 80 | 1022 |
| 18-21 | 70 | 1018 |
| 21-24 | 90 | 1013 |
| 24-3 | 100 | 1019 |
| 3-6 | 90 | 1011 |
| Всего | 580 |  |

Заключение: полиурия, так как за сутки почками выделено 82,8% выпитой жидкости, никтурия.

Мазок на флору 29.01.2002

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | уретра | влагалтище |
| лейкоциты | ед.в поле зрения | 3-4 в поле зрения  |
| эпителий | ед.в поле зрения | 8-5 в поле зрения  |

Флора –кокковая незначительная

Цистография от 29.10.2001

Заключение: двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, II-III степень.

Проведено лечение:

Больная находилась на палатном режим . Диета -к суточному рациону добавить 150 мл фруктового сока, 20 г творога.

Медикаментозная терапия:

* Ампициллина -натрий 0,5 ( растворить содержимое флакона в 2мл 0,25% раствора новокаина, в\м по 2 мл 4 раза в день).
* Фурагин 0,05 ( по 1\2 таб. 3 раза в день)
* Липолиевая кислота 0,006( по 1\4 таб. 3 раза в день)
* Лактобактерин ( по 1 дозе 2 раза в день)

Фитотерапия.

Физиотерапия.

 На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось.

Общее состояние больной удовлетворительное. Ребенок активен. Кожные покровы и видимые слизистые бледно - розовой окраски, влажные. Отеков нет.

 Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД = 22 раза в минуту. Шума трения плевры не выслушивается.

 Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 69 ударов в минуту. мм.рт.ст. Дополнительных тонов и патологических шумов в сердце не выслушивается.

 Живот мягкий, не вздут. При пальпации подвздошных областей напряжения мышц нет.

 Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени не увеличены. Поджелудочная железа пальпации не доступна.

 Припухлости в поясничной области нет. Почки не пальпируются. При поколачивании по поясничной области ребенок спокоен. Стул и диурез в норме.

Рекомендовано в течение 4 -х месяцев:

* 1-ая неделя каждого месяца - фурагин (по 1\2 таблетке на ночь)
* 2-3 -ая недели - сбор по Ковалевой (1 ст. ложку сбора настаивать в 0,5 л кипятка в течении 30 мин. Принимать по30 мл 4 раза в сутки.)
* Курс УВЧ через 3 месяца
* Санаторно-курортное лечение в местных курортах, через год возможно лечение на курортах Железноводска, Ижевска.

**XV. ПРОГНОЗ**

Для жизни - благоприятный.

Для выздоровления - благоприятный.

Для трудоспособности - благоприятный.

Список литературы.

1. Бугаева М. И., Беляцкая Н. Г. Клиника, лечение и профилактика туберкулеза у детей и подростков. - Саранск, 1975. - 216 с.
2. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990.- 592 с.
3. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В двух томах. Т.1. – изд. 13-е, новое. – Харьков: Торсинг, 1998. – 560 с.
4. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В двух томах. Т.2. – изд. 13-е, новое. – Харьков: Торсинг, 1998. – 592 с.
5. Мазурин А. В. , Воронцов И. М. Пропедевтика детских болезней. - М.: Медицина, 1985. - 432 с.
6. Смолянский Б. Л. Лечебное питание. – Л.: Медицина, 1989. – 304 с.
7. Шабалов Н. П. Детские болезни. - СПб: Питер Ком,1999. - 1088 с